

退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた方策の検討

藤澤まこと 普照早苗 黒江ゆり子 (大学)

野村玉枝 田口めぐみ 古川康子 中子美枝子 (岐阜県立下呂温泉病院・B3 病棟)

梅田弥生 (岐阜県立下呂温泉病院・地域連携室) 山下弘子 (岐阜県立下呂温泉病院・看護部)

I. はじめに

A 病院当該病棟では、2007 年度より退院後の療養生活を視野に入れた退院支援の充実に向けた取り組みがはじめられた。具体的には、病棟の「継続看護・リハビリグループ」の看護師を中核として退院後の療養生活を視野に入れた入院時アセスメントやリハビリカンファレンスの取り組みを行った。その取り組みによって、各看護師が患者・家族の意向の確認の必要性や、他職種とケア目標を共有して退院に向けた支援を行うことの重要性に気づき、責任を持って退院支援を行えるようになった。

2008 年度には、複数のスタッフの異動があり、退院支援の取り組みの継続に向けて、新たに働きかけが必要になった。そこで本年度は、事例検討を行うことで、退院支援の取り組みの必要性の理解を促す。また、退院支援の取り組みの継続によって自己の看護実践がどのように変化したかを振り返る機会として聞き取り調査を行う。その分析結果をスタッフ間で共有することで、病棟看護師の退院支援の充実に向けた意識の向上を図る。そのなかから、病棟看護師による退院支援を充実させるためのスタッフ教育の方策を検討する。

II. 方法

1. 退院支援事例の検討

家庭訪問を行った事例について、病棟会の中で報告しスタッフ間で検討を実施した。検討にあたっての進行は現地共同研究者が主導的に行った。

2. 退院支援の取り組みの振り返りを意図した聞き取り調査

1) 調査対象者：当該病棟看護師 18 人。

2) 調査内容：①スクリーニングシートを用いた入院時アセスメントによる看護実践の変化、②リハビリカンファレンス開催による看護実践の変化、③他職種との情報交換・目標共有で難しかったこと、④退院後の療養生活を視野に入れた退院支援を行ってよかったこと、⑤退院後の生活を把握するための工夫、⑥今後行っていきたい退院支援、⑦家庭訪問事例の共有で役立ったこと

3) 分析方法：聞き取り内容は了解を得て録音し、逐語録を作成し、その内容を分類して整理する。

3. 意見交換

聞き取り調査の結果をスタッフ間で共有して意見交換し、病棟看護師による退院支援を充実させるためのスタッフ教育の方策を検討した。

4. 倫理的配慮

病棟スタッフ、対象患者・家族に研究内容を説明し、同意書による同意を得た。調査結果は本研究の目的以外に使用することはなく、公表にあたっては個人の匿名性に配慮し、データは大学研究室内で保管・処理することとした。なお本研究は、本学研究倫理審査部会の承認を得て行った。

III. 結果

A 病院では、2008 年度より看護部の方針で、看護師が出張で、退院後の患者・家族への家庭訪問を行うことが可能になった。病棟看護師が退院後の患者の療養生活を確認できることで、自己の退院支援の評価にもつながり、またその場での支援も可能となった。そして、当該病棟では家庭訪問を行った事例について共有し意見交換を行った。

1. 退院後家庭訪問を行った 2 事例の事例検討

1) 事例 B 氏の事例検討

(1) 対象の概要：B 氏は 70 歳代女性、病名は左大腿骨頸部骨折、慢性関節リウマチである。夫と 2 人暮らしで、入院期間 3 ヶ月半であった。入院中は食事が少なく、栄養補助食品を自宅でも購入できるようにパンフレットを渡した。退院時は杖歩行で、通所介護を週 1~2 回利用できるようにケアマネジャーと調整して退院となった。

(2) 家庭訪問時の状況

B 氏は通所介護を週 1 回利用し、歩行状態も安定して特に問題なく生活できていた。食事は少なかったが、栄養補助食品を購入して飲用していた。食後に腹痛があることより次回の整形受診日に内科受診を勧めた。

(3) スタッフ間の共有・意見交換

訪問した受け持ち看護師は、入院中の指導が生かされていることが確認でき、自身の退院支援の励みになったと述べた。他の看護師も退院後の回復状況を聞き、家に戻るよさや、退院後の生活を考えた退院支援の必要性を改めて認識していた。

2) 事例 C 氏の事例検討

(1) 対象の概要：C 氏は 90 歳代女性、病名は両変

形性膝関節症、左大腿骨顆部骨折、入院期間は5ヶ月で、高齢のため手術はしないで退院となる。長男の嫁と2人暮らしである。入院中に本人はトイレでの排泄を希望したが、自力で立位を取れないこと、装具を装着するので下着の上げ下ろしが難しいことで、退院後の嫁の介護負担を考えて入院中からオムツを使用することになった。

(2) 家庭訪問時の状況

C氏は両下肢痛が持続し、通所介護を週2回利用しているがそれ以外は臥床状態であった。退院後すぐに眠剤が足りなくなり、近医に処方してもらったそうである。排泄はオムツを使用しており、本人からは歩きたいとの訴えがあったが、嫁からは本人が再度転倒すると困るので、医師から歩行はできないと言ってほしいとの訴えがあった。

(3) スタッフ間の共有・意見交換

退院時の内服薬の確認の必要性を再認識した。そして、高齢者の排泄の自立と介護負担の軽減の矛盾について意見交換がなされた。「自立は促したいが、在宅での長期にわたる介護のことを考えると仕方ない選択である」「医師から本人に説明してもらい本人に納得してもらわなければならない」との意見があった。今後考え続けるべき難しい課題であると認識された。

2. 聞き取り調査結果

1) 調査対象者: 当該病棟看護師18人を対象に、15~20分の聞き取り調査を実施した。

2) 分析結果

(1) スクリーニングシートを用いた入院時アセスメントによる看護実践の変化では、介護保険・身障の状況がしっかり確認できるようになった、最初は大変だと思ったが慣れてきた、わからないことを相談し解決を図るように努めた、まだ不足の点がある、に分類された。(表1)

(2) リハビリカンファレンス開催による看護実践の変化では、多職種と退院に向けた方針・目標を確認するようになった、退院までの関わりの見通しが立てられるようになった、患者・家族の意向を多職種に伝える、患者・家族に説明できるようになった、退院後の生活に向けたアセスメントを行ってリハビリカンファレンスに臨むようになった、病棟カンファレンスで報告し相談できるようになった、などに分類された。(表2)

(3) 他職種との情報交換・目標の共有で難しかったことでは、医師との日程調整、リハビリカンファレンスへの参加、リハビリカンファレンス開催時期と、そのほかにリハビリカンファレンス内容への疑問、全員にリハビリカンファレンスを開催

することへの疑問、に分類された。(表3)

(4) 退院後の療養生活を視野に入れた退院支援を行ってよかったことでは、退院後の生活を意識して具体的に関わられるようになった、退院後の生活について意図的に聞きだせるようになった、退院後のサービス利用について検討できるようになった、他の患者の退院支援に目がいくようになった、などに分類された。(表4)

(5) 退院後の生活を把握するための工夫では、患者・家族に生活状況を聞くために工夫をする、患者・家族に具体的な内容を示して聞く、ケアマネジャーと相談する、などに分類された。(表5)

(6) 今後行っていきたい退院支援では、家庭訪問により生活状況を把握したい、関連職と早期からの情報提供・情報共有したい、家族を視野に入れた退院支援をしたい、地域の資源を利用できるような支援をしたい、などに分類された。(表6)

(7) 家庭訪問事例の共有で役立ったことでは、自分の退院支援の振り返りになる、事例への関わりの再検討の機会となる、家に戻ることのよさがわかる、家族の協力の重要性がわかる、退院後の生活がイメージできる、などに分類された。(表7)

3. 聞き取り調査結果の共有と意見交換

1) リハビリカンファレンスについて

今年度病棟に移動してきた看護師は「リハビリカンファレンスはまだ医師、リハビリスタッフとの調整が苦手で気が引けるが、今回改めて必要性や意義がわかったので、積極的に進めていきたいと思った」と述べた。2年間取り組みを続けてきた看護師は「医師、理学療法士、作業療法士が入るとわかりやすく意見交換がなされ、内容が濃い。看護師は聞いているだけでも知ることが出来る。話の内容が深いものになるのでやる価値があり、勉強になる」と自身の知識の向上を図る場であると捉えていた。「スムーズな経過をたどる人にもリハビリカンファレンスが必要か」という意見に対して、今後の検討の必要性があげられた。

2) 退院支援の取り組み全体について

「入院時から退院後の生活を考えて家族と関わっていくことの大切さはわかっているが、家族と出会う機会が少なく困難を感じた」「ターミナル事例や高齢者では進めることができない状態がある」など意図的に関わっていても困難があるとの意見があった。また「チーム会で、退院調整の難しい患者に対して皆で話し合うことが多くなってきたことがよい」と、自分の受け持ち患者以外の患者の退院支援にも関心を持って、チームで取り組んでいることが確認できた。

IV. 考察

退院後の療養生活を視野にいたした入院時アセスメントやリハビリカンファレンスの取り組みの継続、および今年度から始められた家庭訪問での退院後の生活状況の把握やその共有により、個々の看護師の退院支援に対する意識の向上がみられた。そこで退院支援を充実させるために効果的であったことは以下の5点と考えられる。

①病棟の退院支援の核となる「継続看護・リハビリグループ」の看護師が、スタッフの取り組み継続に向けて適宜支援していること、②取り組みを継続することによる個々の看護師の退院支援に関するアセスメント能力の向上、③家庭訪問事例の共有や、チーム会での事例検討によって、受け持ち患者以外の患者の退院支援にも関心を持ち、チームで関わることでお互い高めあえたこと、④聞き取り調査が自己の退院支援について振り返る機会となり、退院支援の必要性を再認識できたこと、⑤聞き取り調査結果を冊子にしてスタッフ全員に配布したことや結果の報告後に意見交換したことで、他のスタッフの考えを知る機会になったことなどがあげられた。

以上より病棟看護師が主体となって、退院支援の取り組みを進める体制の整備、事例検討やカンファレンスなどお互いが意見交換できる機会をもつこと、そして自己の看護実践を振り返る機会をもち、その成果を目に見える形で表すことがスタッフ教育の方策として有効であると考えられる。

V. 看護実践の方法として改善できたこと・変化したこと

退院支援の取り組みの継続により、患者・家族の意向を意図的に把握し、多職種にも伝えている。また退院後の生活を把握する際にケアマネジャーと連携できるようになり、見通しを立てて患者・家族に必要な支援が行えている。そして課題・成果をチームで共有しながら進められている。

VI. 現地側看護職者の受け止めや認識

退院支援の重要性が看護師全員に理解されており、個々の看護師が自分の受け持ち患者の退院後の療養生活を考え、責任を持って支援している。

VII. 本学（本学教員）がかかわったことの意義

本学教員が病棟の退院支援の取り組みの支援を行い、取り組みの成果を明確にしたことが個々の看護師の意識向上につながり、退院支援の充実に結びついているといえる。また、病棟の核となる継続看護委員看護師が、本学の研究支援を受けて病棟の取り組みの成果を研究的にまとめており、共同研究が生涯学習支援に結びついている。

VIII. 共同研究報告と討論の会での討議内容

病棟看護師による退院支援を充実させるためのスタッフ教育について、意見交換を行った。そ

1. スタッフの意識の向上に効果的であったこと

A 病院病棟看護師：リハビリカンファレンスを開催する患者が増えて、退院支援について考える機会が増えている。家庭訪問事例の振り返りを行ったことも、訪問に行った看護師だけでなく、それぞれの意識が高められた。

A 病院病棟師長：スタッフの意識が高められたのは、推進チーム（継続看護・リハビリグループ）が取り組みの遂行に力を入れて根気よく声をかけたからである。スクリーニングシートのアセスメントの記載を促したことで入院患者全員に入院時アセスメントができています。リハビリカンファレンスの開催では、該当する患者と担当者の名前をホワイトボードに貼り出し開催を意識づけている。個々のスタッフが退院支援に取り組むことで、力がついてきた。入院時の生活だけでなく、退院後の先を見通すことができてきた。

A 病院看護部長：家庭訪問を出張で行けるように院長に交渉してよかった。家庭訪問の復命書を楽しみに読んでいる。そこから他院後の生活を見ることに価値があると考えられる。

A 病院退院調整看護師：今年度は院内全体でのスクリーニングシートの活用を徹底した。現在ではアセスメント欄への記載も増えている。また、朝のミニカンファレンスに参加するようにした。適時に検討できたことがよかった。

地域包括支援センター保健師：リハビリカンファレンスがスムーズな人にも必要かという疑問があったが、治療経過はスムーズでも、生活上は大変なことがあるはずなので、入院中からケアマネジャーとも連携をとって共有してほしい。

2. 病棟看護師の意識向上の原動力とは

B 病院師長：病棟で意識が高まった原動力が何なのか。当院も家庭訪問事例の振り返りカンファレンスを行っており、在宅での生活を確認し、スタッフ間で共有したことは効果があった。

A 病院師長：病棟の A、B のチーム毎に、毎朝気になる事例について話し合う。検討が必要な場合は月 1 回のチーム会で事例検討する。病棟全体での共有が必要な場合は、病棟会で検討している。

C 病院退院調整看護師：原動力はカンファレンスである。各病棟で 1 週間のうち 1 日は退院支援に関するカンファレンスを開催することでスタッフの受け持ち患者への関心が高まってきている。以上複数の施設の看護職との意見交換ができた。

表1. スクリーニングシートを用いた入院時アセスメント(自分の看護実践がどのように変わったか)

大分類	小分類
介護保険・身障の状況がしっかり確認できるようになった	
最初は大変だと思ったが慣れてきた	必要な情報が、シートをもとにして取りやすくなった 本人・家族の話や意向をコミュニケーションを図りながら聞けるようになった アセスメントの視点が定まってきた 手術やリハビリ状況など、患者の状態の変化を捉えつつ、シートを記入する段階や時期がわかるようになってきた その他
分からないことを相談し、解決を図るよう努力した	チームのナース、先輩にアドバイスをもらった リハビリグループのナースに助けをもらった 夜勤帯や朝のミニカンファレンスで聞いた 退院調整看護師に声をかけた
まだ不足の点がある	

表2. リハビリカンファレンスの開催(自分の看護実践がどのように変わったか)

大分類	小分類
多職種と退院に向けた方針・目標を確認するようになった(11)	退院に向けた目標を医師・リハビリスタッフ・受け持ち看護師で再確認する 医師・リハビリスタッフ・受け持ち看護師で看護診断も踏まえて確認する 看護師が橋渡しとなり理学療法士・医師が直接話す機会を作れた 医師・リハビリスタッフ・受け持ち看護師で今後の方向性・方針を確認できる 全員で医師、理学療法士、作業療法士の意向を聞けるのがよい お互いの意識が定まり退院の目標ができるのでよい 医師・リハビリスタッフを交えて今後の方針、リハビリ状況を直接ゆっくり聞ける リハビリの状況を聞いて患者のADLのゴールが理解できる リハビリスタッフとの関係ができリハビリの進行状況がいつでも確認できる 医師・リハビリスタッフの考えを確認し自分の考えとの違いを調整できる 目標とする退院日が決まり退院調整の注意点を確認できる
退院までの関わりの見通しを立てられるようになった(6)	目標設定ができ退院までの予定が決められる 退院の時期が確認でき自分がどう関わっていくかがわかる 自分たちの見通しが立て安い 医師・リハビリスタッフの考えが分かり今後の予定が分かる 今後の離床、退院の予定を病棟でのリハビリに役立てる 具体的に話しが聞け自分の看護実践の目標が立てやすくなる
患者・家族の意向を多職種に伝える(4)	医師・リハビリスタッフに患者・家族の思いを代理として伝える 家族からの情報を伝えられるようになった 患者・家族の意向を医師やリハビリスタッフに伝えられる 家族の要望を伝え症状について直接医師に聞けるように調整している
患者・家族に説明ができるようになった(3)	本人・家族の説明や本人の説明にも生かせる 受け持ち患者に対しては、説明している 患者・家族に説明でき共に頑張ることを促すことができる
退院後の生活に向けたアセスメントを行ってリハビリカンファレンスに臨むようになった(2)	リハビリカンファレンス準備に向けて情報収集やその整理ができる 患者、リハビリスタッフに意見を聞きアセスメントしてカンファレンスを開く
病棟のカンファレンスで報告し相談できるようになった(2)	リハビリカンファレンスを踏まえて看護師間で相談できる チーム会・、ミニカンファレンスでリハビリカンファレンス内容を報告しその後の取り組みの相談ができる
退院後のサービス利用について考えていける(1)	リハビリカンファレンス検討内容を医師から家族に伝えることで納得してサービス活用について考えていける
リハビリカンファレンス内容を確実に記録するようになった(1)	リハビリカンファレンスの検討内容を2箇所記録する

表3. 他職種との情報交換・目標の共有で難しかったこと

大分類	中分類	小分類
医師との日程調整(6)		医師との日程調整が難しい
		医師と日勤スタッフとの調整がストレスだったが慣れた
		医師は手術、外来が入るので難しい
		忙しすぎて立ち話になり短時間で話して決まってしまう
		医師の時間がなかなかとれないので調整が難しい
		医師と合わすのが一番難しいと思う
リハビリカンファレンスへの参加(16)	自分の日勤時の参加が難しい(5)	リハビリカンファレンスに自分が参加したいと思うと開催が遅れる
		自分の日勤の時にリハビリカンファレンスを計画したいが勤務とあわない
		自分の勤務の時にできるだけ開きたい
		日勤の時に参加したいが医師の・リハビリスタッフの都合があわない
		自分の勤務と合わせるようだとよけいに合わない
	チームメンバーに参加を依頼する(6)	他のスタッフに参加を依頼しリハビリカンファレンスシートに記入してもらう
		スタッフで協力し出て来れない場合は依頼する
		自分が入れない時は記録に書いて任せる
		日勤の担当者に任せないと進まない
		チームでやってることなのでその日の担当者にメモで依頼する
		自分も出たいが限定されるので記録を入力して依頼する
	自分が参加したいので休日でも出てくる(5)	自分が仕事でなくても出てきたりとか考えなければならない
		自分も参加したいので休みの日も出てくる
		勤務の日にはできない場合休日、夜勤明けの日に出てくる
		自分が知りたいし出席したいので夜勤の前にも組んだりする
自分が参加して聞きたいことがあるので自分の勤務以外にも出てくる		
リハビリカンファレンス開催時期(1)		開催時期が難しく早めに開いても状態が変わる場合がある
リハビリカンファレンスの内容への疑問(2)		リハビリカンファレンスが現状報告になり検討にならない
		他のスタッフがどんな感じでカンファレンス進めているのかわからない
全員にリハビリカンファレンスを開催することへの疑問(4)		話し合う内容ないかなと思いつつも継続看護委員の声かけにより頑張って組むようにはしている
		リハビリカンファレンスを設定するのがノルマって感じがし他の人に頼むのに気が引ける
		退院までスムーズにいたり、転院になる場合が多く、リハカンが全員に必要なかどうか
		リハビリカンファレンスの予定変更になった場合順調な人は別に開かなくてもということになる

表4. 退院後の療養生活を視野に入れた退院支援を行ってよかったこと

大分類	中分類	小分類
退院後の生活を意識して具体的に聞かれるようになった(6)	退院後の生活を意識する(2)	退院後の生活を意識して聞かれるようになった
		退院後生活するには何が必要かを思いながら聞かれる
	本人への説明・指導(1)	退院後日常生活に合わせたリハビリを行う
		本人に説明する形で退院に向けた指導を行う
		生活環境と一緒に考える(1)
家族への介護指導(1)	退院後自宅で介護が必要な場合は早めに家族に指導して家族の人も困らないようにできる援助をした	
退院後の生活について意図的に聞き出せるようになった(3)		患者・家族に接し情報を意図的に聞き出す
		入院前の生活を聞きその生活に戻れるようにする
		入退院を繰り返している患者・家族に退院後も話が聞けている
退院後のサービス利用について検討できるようになった(3)		ケア会議が開けて受け持ち患者の在宅でのサービス利用について話し合えた
		患者ができないことがあってサービス利用で生活が継続できるのでよい
		介護保険の説明やケア会議を行うことで患者は安心して帰れる
他の患者の退院支援にも目がいくようになった(1)		
他のスタッフの退院に向けた療養指導を見て必要性に気づかされる(1)		
試験外泊を勧め退院後に困ること把握する(1)		
リハビリスタッフに患者・家族の思いを代弁できる(1)		
家庭訪問に行くと退院後の生活が知りたい(1)		

表5. 退院後の生活を把握するための工夫

大分類	小分類
患者・家族に生活状況を聞くために工夫をする(7)	意識して時間を作りじっくり話を聞く(1)
	家族と意図的に関わる(1)
	会話の流れの中で聞く(1)
	本人と家族別々に退院後の生活について聞く(1)
	家族に場面を示して具体的に聞く(1)
	関っていくうちに生活のことを患者・家族から話してくれる(1) 一緒に考えたいことを伝え教えてもらう(1)
患者・家族に具体的な内容を示して聞く(7)	入院前の生活状況を聞く(3)
	不便になること話を聞く(1)
	1日のスケジュールを聞く(1)
	家の構造・家庭での役割を聞く(1) 家の構造を具体的に聞く(1)
ケアマネジャーと相談する(3)	サービス受けられるように相談する 早い時期にケアマネジャーに電話をして退院前に訪問してもらい情報を得る サービス内容の検討をする
	ケア会議において多職種間で情報共有する(1) 自分で情報収集をしスタッフから助言を受ける(1) 早目に退院後のことを話し合う場を設定する(1) 退院後使えるサービスを提案する(1) 自宅の構造、リハビリ状況を確認し試験外泊を促す

表6. 今後行なっていきたい退院支援

大分類	小分類	
家庭訪問により生活状況を把握したい(4)		
関連職と早期からの情報提供・情報共有したい(3)	退院後に関わってくれる人に早めに情報提供し患者・家族が安心できるようにしたい ケアマネジャーから情報を得たい 早めに情報収集・情報共有し患者・家族と意見交換しながら進めたい	
	家族を視野に入れた支援をしたい(3)	家族を視野に入れてやっていきたい その人に必要な退院指導を1枚に簡単にまとめたパンフレットを作りたい 家での生活に興味をもって話を聞いていきたい
		地域の資源を利用できるような支援をしたい(3)
自分から情報を得て動けるようになりたい(1)		
病棟カンファレンスで患者・家族が退院後困らないように相談していきたい(1)		

表7. 家庭訪問事例の共有で役立ったこと

大分類	中分類	小分類	
自身の退院支援の振り返りになる(5)	入院中の支援で不足している点に気づけた(4)	指導時は口頭のみより資料を渡したほうがわかりやすい 家族が退院後困ることに気づけなかった 介護負担軽減に向けて十分な検討が必要であった 退院後がイメージできず話を聞くポイントがわかっていなかった 入院中に知っておけばよいことがわかった 自分の退院支援が役に立っているか気になる(1)	
		事例への関わりの再検討の機会となる(3)	看護師が意思統一して関わるのが大切である(1) 患者の自立と介護負担の軽減とに矛盾がある(1) 排泄の援助の難しさを感じる(1)
		家に戻ることのよさがわかる(3)	早くその人にとってよい環境に戻れるようにしたほうがよい(1) 患者は家では元気になる(1) 患者にとっては家がよいことがわかる(1)
		家族の協力の重要性がわかる(2)	家族の協力が大きい人はうまくいく(1) 家へ帰ったほうが家族も協力的になる(1)
		退院後の生活のイメージができる(2)	家族が家で工夫をして生活していることがわかる(1) 退院した患者の情報があるとイメージができる(1)
		家庭訪問に行くには患者・家族との関係作りが必要(1) 一通り聞いただけでは自分に役立つまでにはならない(1)	